

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N° 184

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention médecine)

PAR

LEWINSON MAXIMILIAN

Né à Lodz, le 14 octobre 1912

Externe des Hôpitaux de Paris

L'Anaphrodisie chez l'homme

Président : M. CHEVASSU, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, 17
PARIS (V°)

1940

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention médecine)

PAR

LEWINSON MAXIMILIAN

Né à Lodz, le 14 octobre 1912

Externe des Hôpitaux de Paris

L'Anaphrodisie chez l'homme

Président : M. CHEVASSU, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, 17
PARIS (V°)

1940

Le Doyen : TIFFENEAU

I. PROFESSEURS

MM.

Anatomie.
Physiologie.
Physique médicale.
Chimie médicale.
Bactériologie.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.
Pathologie et thérapeutique générales.
Pathologie médicale.

Pathologie chirurgicale.
Anatomie pathologique.
Histologie.
Pharmacologie et matière médicale.
Thérapeutique.
Hygiène et médecine préventive.
Médecine légale.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.
Pathologie expérimentale et comparée.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.

Clinique médicale.

Hygiène et clinique de la première enfance.
Clinique des maladies des enfants.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
Clinique des maladies du système nerveux.
Clinique des maladies infectieuses.

Clinique chirurgicale.

Clinique ophtalmologique.
Clinique urologique.

Clinique d'accouchements.

Clinique gynécologique.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.
Clinique thérapeutique médicale.
Clinique oto-rhino-laryngologique.
Clinique thérapeutique chirurgicale.
Clinique propédeutique.
Clinique de la Tuberculose.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.
Clinique de cardiologie.
Clinique de neuro-chirurgie.
Assistance Médico-sociale.

Professeurs sans chaire.

ROUVIERE
Léon BINET
STROHL
POLONOVSKI
Robert DEBRE
BRUMPT
BAUDOIN
Pasteur-VALERY-
RADOT
MONDOR
LEROUX
CHAMPY
TIFFENEAU
AUBERTIN
TANON
BALTHAZARD
LEVY-VALENSI
Henri BENARD
CHIRAY
ABRAMI
FIESSINGER
LOEPER
RATHERY
LEREBOULET
NOBECOURT

LAIGNEL-LAVAS-
TINE
GOUGEROT
GUILLAIN
LEMIERRE
CUNEO
GOSSET
GREGOIRE
LENORMANT
VELTER
CHEVASSU
COUVELAIRE
JEANNIN
LEVY-SOLAL
MOCQUOT
OMBREDANNE
HARVIER
LEMAITRE
Pierre DUVAL
M. VILLARET
TROISIER
MATHIEU
LAUBRY
Clovis VINCENT
N...

HAZARD
MULON
OLIVIER
SANNIE
VERNE

II. Agrégés en exercice

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale	GIROUD	Histologie
BARIETY	Pathologie médicale	HAGUENAU	Pathologie médicale
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
BESANÇON Justin.	Hydrologie	JOANNON.	Hygiène
BONNET	Bactériologie	LACOMME	Obstétrique
BOULANGER	Chimie	LANTUEJOL	Obstétrique
BOULIN	Pathologie médicale	LAVIER	Parasitologie
BROUET	Pathologie médicale	LELONG	Pathologie médicale
BULLIARD	Histologie	LEMAIRE	Pathologie expérimentale
CACHERA	Pathologie médicale	LENEGRE	Pathologie médicale
CORDIER	Anatomie	Mlle J. LEVY.....	Pharmacologie
COSTE	Pathologie médicale	MARCHAL	Pathologie médicale
COUVELAIRE Rog.	Urologie	MENEGAUX	Pathologie Chirurgicale
DELARUE	Anatomie pathologique	MOLLARET	Pathologie médicale
DELAY.....	Pathologie médicale	MOUQUIN	Pathologie médicale
DEGREZ H.....	Physique	PATEL	Pathologie Chirurgicale
DESOILLE	Médecine légale	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie Chirurgicale
DIGONNET	Obstétrique	RENARD	Ophtalmologie
DOGNON	Physique	RICHET	Physiologie
FEVRE	Pathologie chirurgicale	SENEQUE	Pathologie Chirurgicale
FUNCK		SICARD	Pathologie Chirurgicale
BRENTANO	Pathologie chirurgicale	SOULIE	Pathologie médicale
GALLIARD	Parasitologie	SUREAU	Obstétrique
GARCIN	Pathologie médicale	TURPIN	Pathologie médicale
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique	WILMOTH	Pathologie Chirurgicale
GAYET	Physiologie		
DE GENNES	Pathologie médicale		

III. Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	MM
ALGLAVE	Pathologie Chirurgicale	LARDENNOIS	Pathologie Chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie	LE LORIER.....	Obstétrique
CHAILLEY-BERT :	Physiologie	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
GUENIOT	Obstétrique	VAUDESCAL.	Obstétrique
HEITZ-BOYER	Pathologie Chirurgicale		

IV. Agrégés chargés de cours de clinique annexe

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgi- cale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALIER		De GAUDRAT	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE G.		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	Clinique obstétri- cale		
METZGER			
PORTES			
VIGNES			

V. Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

In memoriam.

A MA MERE

*Qu'elle trouve dans ce travail le témoignage de
mon infinie tendresse et de ma profonde gratitude
pour ses bontés.*

A TONI MA FEMME

Avec tout mon amour.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALAZZOLI

*Assistant à l'Hôpital Broca
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui m'a initié à l'urologie, m'a suggéré le sujet de cette thèse et m'a permis de le seconder dans ses travaux.

Hommage de ma gratitude et respectueuse admiration.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE ET EXTERNAT

M. le Professeur CARNOT

- CUNEO
- LEREBoullet
- SEZARY
- GUILLAIN

M. le Docteur CLEISZ

M. le Professeur TERRIEN

- CLAUDE
- MARION
- MATHIEU

M. le Professeur Agrégé MENEGAUX

M. le Docteur BENDA

- GILBERT-DREYFUS
- WORMS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHER

A MM. LES DOCTEURS POUYANNE et ULMANN

A Mlle LE DOCTEUR HUGUET

I. INTRODUCTION

L'observation clinique des nombreux malades, que nous avons eu l'occasion de suivre à la consultation de vénérologie de l'hôpital Broca, dirigée par notre maître Palazzoli dans le service des docteurs Kaplan et Benda, nous a permis d'isoler un groupe particulier de malades, formant une entité nosologique — le groupe des impuissants anaphrodisiaques.

Avant d'en aborder l'étude, il nous semble nécessaire de fixer d'emblée ce que nous entendons par le terme que nous venons d'employer.

Si l'impuissance veut dire présence d'un trouble portant sur le déroulement normal de l'acte sexuel, ce déroulement comprenant :

Impulsion sexuelle,

Erection,

Ejaculation,

Orgasme.

Ces stades étant tous accompagnés des sensations volup-

tueuses, l'anaphrodisie sera caractérisée par la diminution de l'intensité ou l'absence de ces mêmes sensations voluptueuses pendant toute la durée, ou pendant un stade quelconque de l'acte sexuel.

Certains auteurs considèrent le terme d'anaphrodisie comme le synonyme d'absence d'impulsion sexuelle, de « frigidité » chez l'homme.

Cette identité des notions ne nous paraît pas correspondre à la réalité des phénomènes organiques ou psychiques. Elle est propre à créer une confusion dans l'esprit du médecin peu familiarisé avec la pathologie de la fonction sexuelle chez l'homme.

L'absence d'impulsion sexuelle comporte chez la plupart des malades, la perte de l'envie du rapport, ou plus exactement l'absence des incitations qui conduisent à ce même rapport. Ces malades sont des chastes, non pas tant par manque d'intérêt dans la femme, car ils peuvent être des amoureux, mais ils ne subissent pas les influences somatiques qui conduisent au rapport.

D'autre part, de même que l'érection nocturne ou l'érection par masturbation peut exister chez des malades, dont l'impulsion sexuelle est cependant diminuée, de même une certaine forme de volupté peut exister, mais en dehors de la sexualité pure, même chez un individu atteint d'absence totale d'impulsion sexuelle ; ces phénomènes étant en rapport avec la connexion réflexe-angoisse et volupté (Laignel Lavastine).

Ces faits situés en marge du processus sexuel normal, nous paraissent justifier la nécessité de considérer la diffé-

rence qui peut exister entre le psychisme des hommes « frigides » et leur physiologie.

L'existence de cette dualité est extrêmement importante, au point de vue du diagnostic, de l'évolution et du traitement des malades « frigides » ou « impuissants ».

Il en découle la nécessité de bien connaître le mécanisme des phases de l'acte sexuel, de définir aussi exactement que possible leur caractère particulier, et de n'appliquer qu'à bon escient les termes employés dans leur pathologie.

Nous nous proposons donc de garder le terme d'anaphrodisie, comme le fait le docteur Palazzoli, pour caractériser le défaut des sensations voluptueuses, congénital ou acquis ; trouble pouvant exister seul, ou bien associé aux désordres d'un autre rouage du mécanisme sexuel, tels que l'éjaculation précoce, ou l'anéjaculation.

CHAPITRE II

DE LA NATURE DES SENSATIONS VOLUPTUEUSES

Il nous semble nécessaire, avant d'aborder l'étude des signes et des formes des anaphrodisies, de résumer ici la conception de la nature, de l'origine et des caractères des sensations voluptueuses, telle qu'elle fut développée par le docteur Palazzoli (1) à la suite de ses observations cliniques. Nos observations personnelles confirment pleinement cette conception.

Les sensations voluptueuses étant variables d'intensité et de caractère suivant leur mode d'apparition, considérons d'abord leur origine.

La volupté peut avoir deux causes initiales : l'une purement psychique,

(1) Docteur Palazzoli : L'anaphrodisie chez l'homme. *La Gazette Médicale de France*, 15 janvier 1939.

L'autre sensorielle :

soit locale (excitation du gland ou de l'urètre postérieur),

soit générale (action de la vue, de l'ouïe, de l'odorat).

Ces causes déterminantes peuvent jouer :

1° En dehors de tout acte sexuel ;

2° En présence de la femme, avant le rapport ;

3° Pendant le rapport.

(Nous ne ferons que mentionner ici la cause dite réflexe, mécanisme, qui provoquerait l'état de volupté consécutif à la crainte qui, elle, détermine l'anxiété — expression psychoclinique de l'excitation du pneumogastrique —. Il n'est nullement démontré que le relai cérébral soit exclu par ce mécanisme ; d'autre part, la peur provoque l'éjaculation, ainsi que le démontrent la plupart des observations publiées. Il n'existe pas de sensations voluptueuses avant l'éjaculation elle-même. C'est l'éjaculation qui provoquerait la volupté.)

Premier cas : En dehors de tout acte sexuel

C'est un mécanisme purement psychique à l'origine, qui peut provoquer les sensations voluptueuses en dehors de tout acte sexuel et en dehors de la présence féminine. A leur origine on trouvera des images souvenirs, des représentations mentales reproductrices et fictives (phantasmes), des associations d'idées. Ces phénomènes psychiques sont bien

le « *Primum Movens* » des sensations voluptueuses, mais ceci ne veut pas dire que le mécanisme psychique soit suffisant à lui seul pour le provoquer. Il est à l'origine d'un arc réflexe, dont l'aboutissant se manifeste par l'excitation des corpuscules sensoriels du carrefour uro-génital. Il en est de même des modes de production dont nous parlerons plus loin, qu'ils aient une origine sensorielle générale (vue ouïe, etc.) ou locale (attouchement du gland et de la verge).

Nous venons de dire que les mécanismes psychiques capables de produire des réactions voluptueuses locales, procèdent de la plupart des manifestations cérébrales — associations d'idées (conversation, lecture) — souvenirs, représentations mentales.

Nous voudrions insister ici sur le rôle des représentations mentales fictives, ou phantasmes. Ces phantasmes jouent un rôle positif fréquent dans le rapport sexuel, et pas rares sont les malades, qui même pour avoir un rapport en lui-même normal, évoquent avant tout rapprochement, l'image plus ou moins artificielle d'une femme connue, ou forgée de toutes pièces.

L'observation suivante en est l'exemple : (Palazzoli. Impuissance sexuelle chez l'homme).

« Obs. 1. Malade âgé de 28 ans, ingénieur, parfaitement sain par ailleurs, l'aspect d'un timide.

S'est marié, il y a trois ans, avec une femme de vingt-quatre ans, jolie, et pour laquelle il a une grande affection. Vient consulter, car sa femme se plaint qu'il est distrait et distant pendant le rapport. Si elle le tire de cette distraction, l'érection cesse immédiatement.

Le malade interrogé, raconte les faits suivants : il a commencé à se masturber à l'âge de treize ans d'une façon intense. Plus tard, pour aider à l'érection il a pris l'habitude d'évoquer l'image d'une jeune femme, qui ne correspondait à aucune personne de sa connaissance.

Cette image a fini par devenir indispensable pour provoquer l'érection pendant la masturbation. Assez timide, il a tardé à avoir des rapports avec des femmes de rencontre, et chaque fois l'évocation de l'image a été nécessaire pour mener à bien le coït. Ayant rencontré sa future femme, il en est tombé amoureux, et peu à peu, l'image primitive a disparu de son esprit. Sitôt après le mariage les rapports sont devenus normaux et fréquents. Cependant, au bout de quelques mois, le coït était facilité par la représentation du phantasme. A la suite d'une fausse couche et de ses complications, les rapports devinrent plus espacés et difficiles.

Les érections demeurèrent incomplètes. Devant cette situation, il a eu recours à la représentation de l'image primitive, et finalement le phantasme devint indispensable au déclenchement des sensations voluptueuses. Ceci explique le fait, que le malade est distrait et distant pendant le rapport, et que toute tentative de détourner son attention provoque la cessation du rapport... »

Nous ne saurions dire s'il existe un centre médullaire de la volupté comme il en existe un de l'érection ou de l'éjaculation, qui eux aussi peuvent être mis en branle par les mêmes mécanismes mentaux, mais il est probable que la

partie incitatrice de l'arc réflexe suit la voie extra-pyramidale, pour atteindre soit le carrefour uro-génital, soit les testicules, ou par des phénomènes de congestion, il provoque de l'hypersecrétion et par là-même, la distension des réservoirs spermatiques et secondairement le besoin du rapport accompagné de sensations voluptueuses larvées.

Ces phénomènes végétatifs provoquent en dehors de l'acte sexuel une sensation d'intensité variable, de localisation imprécise, de caractère spécial, mélange de sensation d'agacement agréable et de sentiment d'incomplétude. Nous pouvons dire que ces sensations siègent au carrefour uro-génital avec irradiations vers le gland, qu'elles sont variables suivant les individus, qu'elles atteignent d'emblée leur maximum d'intensité, qui reste invariable, et que, comme nous l'avons déjà dit, elles ne procurent pas une satisfaction complète, du fait même que le besoin du rapport n'est pas satisfait.

Deuxième cas : Période précopulatoire : en présence de la femme

Les causes déterminantes sont dans cette période, d'une double nature. Les causes psychiques gardent leur rôle, comme dans le cas précédent. (Exemple : présence féminine sans possibilité de rapport). C'est le même mécanisme que précédemment qui agit, sauf que l'incitation n'a pas comme point de départ un travail mental pur, mais est la conséquence de l'action d'une sensation.

Le rôle de la vue, de l'odorat, du toucher ne sont pas à décrire, mais il faut insister sur le fait que l'attention doit entrer en jeu et provoquer un mécanisme psychique érotogène. Caresser une femme distraitemment, examiner une malade déshabillée ne sont pas sources de volupté, si le cerveau n'y attache pas une idée érotogène.

Dans certains cas les sensations voluptueuses s'accompagnent soit d'érection, soit d'éjaculation et prennent souvent une telle intensité, que le seuil d'excitabilité des centres est rapidement atteint et que l'orgasme se produit accompagné d'éjaculation, avant que le rapport puisse avoir lieu.

Troisième cas : Pendant le rapport

C'est le mécanisme sensoriel local, qui est dans la plupart des cas à l'origine des sensations voluptueuses.

Les corpuscules sensoriels du gland et de la verge font jouer le réflexe dermo-organique local.

Les sensations voluptueuses changent de caractère et d'intensité. Elles perdent leur caractère d'agacement agréable atteint d'emblée sans localisation précise. Elles s'intensifient au fur et à mesure que l'excitation locale se développe. Il existe une « acutisation » de ces sensations.

Quel est son mécanisme en dehors de l'arc réflexe verge-centre-gland ?

Citons le docteur Palazzoli :

« Les phénomènes de sensibilité propre au carrefour génital, s'ajoutent probablement, pour une part, aux précédents pour développer cette acutisation. Plusieurs constatations le montrent. Il suffit que l'évacuation des glandes se produise au moment de l'éjaculation pour que le réflexe organo-cutané s'interrompe et que la sensibilité spécifiquement agréable du gland cesse d'exister. Elle se transforme alors en une sensation tactile ordinaire. On possède une autre preuve de cette simultanéité, par l'analyse des phénomènes douloureux des lésions de la vessie ou du carrefour génital, qui se répercutent, par des moyens identiques dans le gland et la toute première portion de l'urètre. »

(Il en résulte que certaines maladies localisées au carrefour uro-génital, peuvent être à l'origine de la disparition des sensations voluptueuses.)

Ne négligeons toutefois pas les causes psychiques qui viennent intensifier les sensations voluptueuses d'origine locale. Les représentations mentales y jouent un rôle des plus importants.

Il arrive souvent que l'incitation sensorielle arrive à provoquer l'érection et la volupté qui l'accompagne, mais qu'à partir de ce moment, le rapport soit loin d'être parfait, une représentation mentale étant nécessaire pour l'accomplir. Il semble qu'il existe un seuil d'excitabilité minimum des centres pour la volupté, et que pour l'atteindre, il faut qu'il existe dans certains cas une action conjuguée des incitations sensorielles et psychiques pures. Les unes peuvent suppléer aux autres ou se greffer sur les autres, et inversement.

Quel que soit le mécanisme de la volupté pendant le rapport, son caractère principal est l'accumulation et l'amplification progressive des sensations voluptueuses au fur et à mesure que les phases du rapport se déroulent. Cette amplification atteint un « plafond » d'excitabilité, dont la hauteur est variable selon les individus. Une fois le plafond atteint, l'orgasme se produit, qui met fin aux sensations voluptueuses. La sensibilité de corpuscules du gland se transforme et peut même être à l'origine des sensations de douleur. Dans cette phase post-coïtale négative, les sensations voluptueuses ne peuvent se reproduire.

Rapport de la volupté avec l'érection et l'éjaculation

Il nous semble indispensable de dire ici, que la volupté et l'érection, tout en ayant des incitations de même nature et de même origine, peuvent être parfaitement indépendantes l'une de l'autre. Les voies et les centres de l'une, ne sont pas les mêmes que ceux de l'autre.

L'observation de nos malades démontre que l'érection peut se produire sans volupté (exemple : douleurs du priapisme) et inversement, que les sensations agréables et l'impulsion sexuelle, peuvent exister (et existent la plupart du temps), chez les malades atteints d'anérection.

Le plus souvent, les malades que nous avons eu l'occasion de suivre, ont eu des érections normales, prolongées, mais

sans aucune sensation voluptueuse. Quelques-uns ont présenté en outre une anéjaculation.

∴

En résumé : les sensations voluptueuses résultent d'un réflexe consécutif à l'excitation du système végétatif, réflexe, d'origine cérébrale en penienne, produisant une réaction locale de nature probablement congestive, avec participation sensitive simultanée des plexus périglandulaires ou périurétraux.

Ce réflexe reconnaît trois origines : psychique, sensorielle générale et sensitive locale : les trois pouvant se conjuguer ou bien exister indépendamment l'une de l'autre.

Toute perturbation de l'un quelconque ou de plusieurs de ces arcs réflexes, pourra donc être à l'origine de l'anaphrodisie chez l'homme.

CHAPITRE III

CAUSES DE L'ANAPHRODISIE

Connaissant le mécanisme de production des sensations voluptueuses, nous pouvons dire que la cause de leur absence peut être d'une triple nature :

- psychique (constitution sexuelle de l'individu, inhibition mentale),
- sensorielle générale (défaut d'incitations sensorielles),
- sensibilité locale (lésions locales, malformations).

A) Causes psychiques

— De beaucoup les plus fréquentes.

1° LA CONSTITUTION SEXUELLE DE L'INDIVIDU

Il est évident que chez les individus à faible sexualité, les

impulsions psychiques étant de faible intensité, sont insuffisantes pour provoquer une action locale génératrice de volupté. Nous n'insisterons pas sur ces cas. Chez les homosexuels, les pervers, la présence féminine ne provoque pas de sensation voluptueuse d'origine psychogénétique. Il faut l'intromission pour qu'elle se développe.

2° INHIBITION MENTALE

a) *Rôle de l'habitude.*

Parmi les facteurs de l'inhibition mentale, un rôle important est dévolu à l'*habitude professionnelle*, cause d'anaphrodisie décelable chez les malades, dont le métier, tels la médecine ou la peinture y prédispose. Les exemples suivants le démontrent :

Observ. 1. X. Gynécologue marié, déclare que le rapport sexuel, tout en demeurant normal, est pour lui une corvée. Toute sensation voluptueuse avait disparu. L'incitation psychique manquant, seuls les attouchements provoquaient une érection avec une sensation larvée, incomplète. Les rapports extra-conjugaux donnent le même résultat.

Observ. 2. K. médecin. Clientèle féminine importante. Célibataire. Rapports rares, mais normaux avec volupté durant l'année de travail. Anaphrodisie pendant la période des vacances. Interrogé, déclare avoir passé ses vacances au bord de la mer. Disparition d'incitation mentale. Rapports accompagnés d'anaphrodisie.

Observ. 3. Dessinateur spécialisé dans les images plus ou

moins érotiques que le rapport sexuel obtenu avec peine, laisse absolument insensible.

La cohabitation prolongée est un autre facteur de l'habitude.

L'interrogatoire de l'un de mes malades a révélé une *anaphrodisie* partielle récente, se manifestant en présence de sa femme, dont, par ailleurs, il restait amoureux depuis son mariage, qui remontait à une vingtaine d'années.

Ce même malade éprouvait des sensations voluptueuses au cours de ses rares rapports extra-conjugaux.

b) Rôle des névroses.

L'anaphrodisie peut faire partie des différents troubles engendrés par les névroses. L'action inhibitrice des préoccupations et de l'anxiété peut se manifester aussi bien sur le terrain sensoriel, que sur les fonctions organiques du carrefour uro-génital. Un neurasthénique peut être atteint dans sa volupté, au même titre que dans sa sensibilité externe. Les émotions chocs, trouvent là un terrain favorable. Chez un névrosé, l'équilibre vago-sympathique étant rompu, les manifestations du système végétatif se trouvent faussées, et les troubles de la fonction sexuelle peuvent s'installer très facilement.

Dans la plupart des cas, les anaphrodisies de cause psychique, s'accompagnent de l'insuffisance des impulsions produite par la présence de la femme.

Parfois, au contraire, les incitations sensorielles arrivent

à réveiller les sensations voluptueuses, malgré l'absence de l'incitation mentale.

Tel le malade de M. Palazzoli, qui ne pouvait avoir des rapport par anaphrodisie, toutes lumières éteintes, et dont les sensations redevenaient normales à la vue de la femme.

Tel un de nos malades, qui, privé des sensations voluptueuses d'origine mentale, n'éprouvait du plaisir que si la masturbation accompagnait le rapport.

B) Causes par défaut d'incitation sensorielle

Elles sont plus rares que les cas par défaut d'incitation mentale.

Il s'agit dans la plupart des cas, de diminution d'intensité et non de disparition complète de la volupté.

Un rôle important et souvent méconnu, y est dévolu à la partenaire habituelle. D'où il découle que l'expérience, la plastique, l'indifférence de la femme peuvent être autant de facteurs à l'origine de l'anaphrodisie masculine.

Signalons enfin le degré « d'éducation sexuelle » de l'homme lui-même, le degré de son expérience, ou plutôt de sa connaissance.

C) Causes d'origine locale

Les causes, bien que rares, peuvent être facilement mises en évidence.

Les lésions du gland — telles les cicatrices étendues consécutives aux brûlures — peuvent provoquer une atténuation

notable des sensations voluptueuses au moment de l'éjaculation

Les lésions de l'urètre postérieur peuvent avoir des conséquences, plus ou moins marquées sur la volupté.

M. Palazzoli avait vu s'installer une anaphrodisie, accompagnée d'anérection partielle, chez un de ses malades qui fut opéré d'abcès de la prostate.

Les malades atteints d'hypertrophie volumineuse de la prostate, certains autres qui présentent des états inflammations de l'urètre postérieur, des vésicules seminales, peuvent avoir des troubles sensitifs, qui émoussent, ou masquent les sensations voluptueuses.

Dans un cas, où des sensations agréables progressives, se terminaient par une éjaculation douloureuse, on a pu déceler une lésion du veru montanum.

Quelle que soit donc la cause locale, on est en droit de penser qu'il s'agit d'un défaut d'innervation dans le territoire végétatif du carrefour uro-génital, qui empêche la turgescence normale de se produire.



Il va de soi, qu'avant de tirer les conclusions concernant les causes de l'anaphrodisie, nous avons examiné tous nos malades à la recherche des facteurs cliniques ou biologiques autres que ceux dont nous venons de parler, qui auraient pu favoriser l'apparition des troubles. Nos recherches s'avérèrent négatives. Hormis un cas d'anaphrodisie complète et congénitale, liée au défaut de l'impulsion sexuelle due à une insuf-

insuffisance hormonale complète, aucun de nos malades n'avait présenté de signes d'insuffisance glandulaire, ni d'un trouble de diathèse, tel le diabète, ni de lésion du système nerveux. Nous avons par ailleurs affaire à des hommes parfaitement constitués.

Les considérations d'âge, d'état civil, de genre de vie, ne jouent aucun rôle. L'âge de nos malades s'étend de 18 à 50 ans. La proportion des célibataires est la même que celle des malades mariés ou vivant maritalement.

Nous eûmes à soigner deux médecins, et un jeune homme sportif pratiquant, au même titre que quelques employés de bureau, menant une vie sédentaire et assez monotone.

CHAPITRE IV

FORMES CLINIQUES

L'anaphrodisie peut être *totale, partielle et élective*. Elle peut être l'unique symptôme, ou être accompagnée d'un trouble soit de l'érection, soit de l'éjaculation.

Nous étudierons successivement les anaphrodisies isolées et associées, et démontrerons leurs caractères particuliers.

1° *Anaphrodisie totale.*

Elle peut être :

a) *Congénitale.*

Un malade de cette catégorie n'a jamais eu, dans aucune circonstance de sa vie génitale, de réaction d'ordre voluptueux. L'impulsion sexuelle fait complètement défaut. Si l'attirance se manifeste, c'est sous une forme purement affective avec mise en jeu de considérations d'ordre purement moral, ou social.

Cette forme est le plus souvent liée à une insuffisance

glandulaire, et plus particulièrement, testiculaire. Pour qu'elle soit retrouvée chez un malade castré, il faut qu'il l'ait été très jeune, aux environs de la puberté. Chez l'eunuque tardif, il n'en est pas de même, grâce à ce que M. Patazzoli appelle « l'érotisation rémanente », qui persiste parfois assez longtemps.

Cette forme d'anaphrodisie *endocrinienne* est très rare, et n'est curable que lorsque l'action des hormones de substitution est appliquée à l'évolution testiculaire avant ou pendant la puberté.

b) *Acquise.*

Elle est alors ou bien *psychique*, par les causes que nous avons développées dans le chapitre précédent (inhibition, dégoût de la femme, etc.),

ou bien *organique* par destruction des corpuscules sensitifs (lésions du gland, atteinte du plexus périuretral, etc.)

2° *Anaphrodisie partielle.*

Nous entendons par anaphrodisie partielle, les formes dans lesquelles il n'y a pas d'abolition totale des sensations voluptueuses.

L'absence des sensations peut porter : 1° sur la phase *psychique*, en dehors du rapport ; on trouve dans ce cas l'insuffisance de l'action érogène psychique, dont nous avons déjà parlé ;

2° Sur la phase *précopulatoire* en présence de la femme. Il s'agit alors de défaut d'incitation sensorielle ;

3° Sur la phase *génitale proprement dite*. Il peut s'agir de l'absence des phénomènes voluptueux pendant le rapport ;

mais quelquefois on peut constater aussi le défaut d'accumulation, dans les cas où les sensations sont présentes. Ce défaut se traduira par l'absence d'orgasme ;

3° *Anaphrodisie élective.*

Les formes précédentes concernent les cas où les rapports étaient difficiles avec toutes les femmes. Les cas d'anaphrodisie constatée lors des rapports avec une certaine femme, sans qu'elle apparaisse au cours des autres rapports, entrent dans cette troisième catégorie.

L'électivité peut provenir de l'*homme*. Tel un malade de 27 ans, marié, qui a des rapports normaux avec sa femme. Il rencontre une jeune femme ; il a des rapports, sans qu'à aucun moment il n'ait ressenti de jouissance. C'est un scrupuleux, chez lequel la tromperie produit un choc émotif violent et des scrupules dont l'action inhibitrice s'est fixée uniquement sur les réactions sensorielles au moment du coït extra-conjugal.

Dans d'autres cas, elle provient de la *femme*. Le rôle de la partenaire étant très important. Il n'y a rien d'étonnant dans le fait que sa plastique et sa constitution anatomique locale interviennent.

Les cas des malades qui n'ont aucune sensation avec leurs partenaires qui présentent soit comme dans un cas, un prolapsus génital, soit comme dans un autre cas une hypertrophie des lèvres, le montrent bien.

Toutes ces formes peuvent exister seules sans autre trouble de l'activité sexuelle.

Toutefois, l'anaphrodisie peut être accompagnée d'un désordre de l'érection et de l'éjaculation. Il s'agira alors des formes associées.

ANAPHRODISIES ASSOCIEES

Troubles de l'érection. En général, l'érection est conservée. Il arrive cependant, que l'érection d'origine psycho-génétique soit déficiente. Le défaut d'incitations s'accompagne presque toujours de troubles de l'érection. Il est d'ailleurs facile à voir, lorsque l'érection manque, s'il s'agit d'un trouble fonctionnel ; dans ce cas, même les attouchements locaux restent sans action.

Si l'intromission est possible, l'érection se produit complète, mais sans accompagnement sensoriel comme le montre cette observation de M. Palazzoli :

Malade X..., marié. N'avait pas eu de vie sexuelle avant son mariage (véritable indifférence sexuelle). Etait resté flancé pendant 18 mois, sans aucun besoin de contact. Eut son premier rapport trois mois après le mariage, bien que sa femme fût très sensuelle. Erections molles, ne se consolidant qu'après la pénétration. Anaphrodisie complète, malgré l'éjaculation. Ce même malade présentait des pertes séminales la nuit, accompagnées de sensations voluptueuses normales.

Troubles de l'éjaculation. Ceux-là sont de beaucoup les plus fréquents, surtout en ce qui concerne par définition les troubles de l'accumulation et le défaut de stade orgasmo-éjaculateur, aboutissant de l'accumulation.

D'après M. Palazzoli, l'anéjaculation et l'anaphrodisie semblent devoir être produites par les mêmes causes : une déficience dans l'innervation du plexus périglandulaire de

l'urètre postérieur. Nous ne pensons pas que l'on puisse appliquer cette hypothèse dans tous les cas. Nombreux sont les malades anéjaculateurs qui par ailleurs ont des sensations voluptueuses normales. Seul l'orgasme fait défaut chez eux.

L'observation suivante rapportée par M. Palazzoli servira de type à cette forme d'anaphrodisie associée aux troubles de l'éjaculation.

« M. R..., 33 ans, marié, a depuis 8 ans des rapports insatisfaisants.

Il présente une nette diminution de la puissance sexuelle, ses érections sont normales, mais l'éjaculation se fait sans force en « bavant ». La durée des rapports est normale, mais les sensations voluptueuses demeurent larvées d'un bout à l'autre de son évolution, et ne sont pas augmentées par l'éjaculation. Sa femme est absolument frigide. Les essais avec d'autres femmes sont infructueux.

Il s'agit d'un asthénique ; il est fatigué au réveil et au moindre effort. Il a présenté des troubles intestinaux.

C'est un préoccupé. Il présente des sensations subjectives variées (douleurs à la base de la colonne vertébrale, du scrotum, sensation de froid de la verge).

Il a eu, il y a 4 ans, une blennorragie dont il a conservé des sequelles. L'urétroscopie montre un *veru montanum*, très volumineux, un utricule béant, une congestion intense de l'urètre postérieur. Au toucher, on constate une prostatite.

Il semble que ses troubles de la sensibilité ont comme point de départ, des lésions d'uretrite, greffées sur un état

névrophatique certain. Un traitement approprié local et général amène la guérison. »

Notons enfin un cas où un de nos malades a présenté une *éjaculation précoce*, associée à l'anaphrodisie.

CHAPITRE V

EVOLUTION

Les anaphrodisies abandonnées à elles-mêmes ne se modifient généralement pas. Peu à peu les malades se mettent à éviter les femmes, deviennent de ce fait des « impuissants » à leurs yeux, et surtout aux yeux de leurs partenaires. On a essayé de conseiller aux malades le rapprochement de rapports jusque-là éloignés, sans aucun traitement, dans l'espoir de déclencher un jour le mécanisme de volupté resté au repos. Cette méthode n'a réussi que dans deux cas.

Dans certaines formes acquises, surtout celles par cause locale, les troubles peuvent se modifier spontanément. Mais, le plus souvent, le traitement seul peut modifier, améliorer ou guérir l'état des malades anaphrodisiaques.

Quelques-unes de nos observations nous démontrent que les malades, qui ont dû pour certaines raisons, interrompre leur traitement, n'ont pas été améliorés lors de sa reprise.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

En présence d'un malade qui vient consulter pour anaphrodisie, il faut, avant tout, rechercher sa cause.

La connaissance de la nature des sensations voluptueuses conduit à employer un mode de traitement différent, selon la cause de leur absence.

Ces modes de traitement seront basés sur la conception même de la nature de la volupté et de ses troubles. Si l'on accepte la conception que nous avons développée dans notre travail, soit, si l'on ramène ces troubles à un désordre dans le fonctionnement de l'arc réflexe, désordre portant sur son relai cérébral, ou sur le relai végétatif du carrefour urogénital, on peut obtenir la modification de ces troubles, ou bien en agissant sur le cerveau, ou bien en essayant de modifier le terrain vagosympathique du malade.

Il est évident que les guérisons des anaphrodisies dûes aux lésions du gland et de l'urètre postérieur, dépendront

de l'évolution de ces lésions. Les affections de l'urètre postérieur seront traitées avec des résultats favorables.

Il en est d'inguérissables : ainsi les cicatrices étendues du gland.

1° *Le traitement psychique des anaphrodisies.*

Un tel traitement a une importance capitale dans les formes de cause psychique, ou par défaut d'incitation sensorielle. Qu'il s'agisse d'un défaut ou d'un manque d'incitation mentale avant le rapport, qu'il s'agisse d'une inhibition au cours même du rapport, qu'il s'agisse d'une résistance du malade à une action sensorielle hétérogène, qui ne laisse pas les tendances instinctives se développer dans leur intensité et leur rythme normal, il sera de première importance de trouver le *primum movens*, ou le *secundum inhibens*.

On pourra y arriver par des conversations avec le malade, par un interrogatoire bien conduit.

Ainsi dans les anaphrodisies par cause psychique, on pourra retrouver la préoccupation du malade. Il s'agira alors de montrer au malade dans quelle mesure ses préoccupations empêchent les sensations de se produire.

Souvent l'origine des préoccupations est simple (choc moral, défaut physique de la partenaire, habitude professionnelle). Il faudra montrer de quelle façon un fait inhibiteur gêne le rapport normal.

Dans les cas dus à un défaut d'incitation sensorielle dans la

période précopulatoire, l'orientation mentale du malade est défavorable.

L'incitation mentale hologène existe, mais elle est insuffisante pour provoquer la volupté ; elle doit donc être renforcée par une incitation sensorielle hétérogène (vue de la femme, toucher, odorat).

Qu'arrive-t-il ? Le malade se « rebiffe » inconsciemment. Il résiste à cette incitation. Il ne pense pas à la femme, il ne la voit pas. Il ne pense qu'à lui, tout préoccupé qu'il est par la crainte d'un échec, ou par le souvenir d'un échec antérieur (1).

Nous avons cité cet exemple pour démontrer la voie que doit emprunter le médecin pour s'expliquer les troubles présentés par son malade, pour qu'il puisse ensuite démontrer au malade que sa guérison tient souvent à lui seul.

Le traitement psychique aura donc une orientation qui sera régie par l'état mental du malade. Toutefois, s'il est suffisant dans certains cas à guérir, il n'est pas toujours indispensable.

2° Traitement par action sur le disfonctionnement végétatif

On peut agir sur l'ensemble du système générateur de la volupté, en agissant uniquement sur le système végétatif local, en rétablissant son équilibre momentanément compromis.

(1) Palazzoli in *Gazette Médicale de France*.

Il devra toujours en être ainsi, toutes les fois où l'on sera dans l'impossibilité d'expliquer la cause précise des troubles et dans les cas où le traitement devra être conduit assez rapidement, la psychothérapie demandant beaucoup de temps et d'efforts.

a) *Traitement médicamenteux.*

Disons tout de suite, que tout traitement glandulaire ou hormonal ne donne aucun résultat, les fonctions endocriniennes n'étant nullement compromises chez les malades dont nous nous occupons (sauf les cas d'anaphrodisie congénitale totale dont nous avons parlé plus haut).

Pendant très longtemps, les médicaments dits « aphrodisiaques » du groupe des sympathicolytiques et d'autres du groupe de parasympathiques (belladone), furent seuls à être employés ; mais cela a toujours été sans résultats. Ces médicaments n'arriveraient pas à rétablir cet équilibre général vago-sympathique nécessaire à la guérison du malade.

D'autres médicaments, ceux de l'« état général », furent employés, tels le phosphore, la strychnine ; ceux-là jouent un rôle en tant que toniques de l'organisme, mais sont dépourvus d'action spécifique.

**b) *Traitement par action directe sur le territoire
du métamère génital, méthode de Bonnier***

La méthode de Bonnier, mise en évidence par Haid et

Abrahms, consiste sur le fait que l'excitation du cornet inférieur arrive à déterminer un réflexe qui retentit sur les branches du trijumeau et modifie l'équilibre général vago-sympathique. Ainsi, elle peut être appliquée aux malades qui n'ont pas de lésions organiques du système nerveux, mais qui souffrent avant tout d'un défaut d'équilibre de leur vago-sympathique.

Le docteur Palazzoli avait employé cette méthode dans tous les troubles génitaux avec des résultats très encourageants. Cette méthode, nous l'avons appliquée sous la direction du docteur Palazzoli, au traitement des malades de la consultation d'urologie de l'hôpital Broca. Les résultats que nous avons obtenus en commun sont rapportés dans le tableau suivant.

Nous voyons que sur 16 cas, nous avons obtenu 10 guérisons et 2 améliorations. Par amélioration nous entendons soit la réapparition partielle des sensations partielles, soit leur réapparition intermittente.

Il découle du tableau que nous publions ci-dessous, qu'aucune considération d'âge ni d'état civil n'entre en ligne de compte pour l'obtention des résultats par la méthode de Bonnier.

Célibataires, ou mariés, jeunes ou âgés, les malades atteints d'anaphrodisie ont tous les mêmes chances de guérison (compte tenu du pourcentage plus ou moins grand, d'échecs, inhérent à tout traitement).

Sur 16 cas que nous avons eu à traiter, nous avions 12

formes d'anaphrodisie acquise et 4 d'anaphrodisie congénitale.

Le nombre de guérisons obtenues (10) est plus grand pour les formes acquises. Toutefois, nous avons pu obtenir sur les 4 cas d'anaphrodisie congénitale, une guérison et une amélioration. Les formes associées ont été traitées avec succès dans deux cas. Dans un cas nous avons essuyé un échec, dans le dernier, le traitement a été interrompu.

La durée du traitement ne peut pas être définie. Nous avons vu nos malades une fois par semaine, jusqu'à la guérison.

(Nous tenons à répéter, que la plupart de nos malades se sont présentés à la consultation de Broca, après avoir essayé sans succès différents traitements médicamenteux.)

Dans un seul cas, nous avons noté une rechute, qui, d'ailleurs, a été rapidement guérie.

Le résultat de nos observations nous permet de continuer notre traitement et de soigner utilement les malades atteints d'une affection dont l'influence est particulièrement néfaste sur leur constitution psychique.

N°	Age	Etat civil	Forme	Résultat	Durée de traitement
6	28	célibataire	congénitale	guérison	6 mois
9	33	marié	acquise totale	guérison	5 mois
16	34	célibataire	cong. + aner. part.	échec	1 an
38	39	marié	acquise partielle	guérison	7 mois
40	29	célibataire	cong. + anéjac.	amélioration	3 mois
59	37	célibataire	totale + ej. précoce	guéri, puis re- chute et guérison	6 mois
95	50	marié	acquise totale	guérison	2 ans
111	34	marié	acquise partielle	guérison	3 mois
182	41	marié	acquise	échec	18 mois
225	41	célibataire	acquise	guérison	4 mois
234	23 ¹	célibataire	totale	guérison	1 mois
252	34 ²	marié	acquise	guérison	5 mois
283	26	célibataire	congénitale	amélioration	4 mois
303	30	célibataire	acquise	échec	3 mois
308	31	marié	acquise	guérison	5 mois
409	18	célibataire	congénitale + anéjaculation sans masturbation	échec	4 mois

CONCLUSIONS

1° L'anaphrodisie ne doit pas être considérée comme synonyme de manque ou de diminution d'intensité de l'impulsion sexuelle.

2° L'anaphrodisie constitue une entité nosologique. Par ce terme est caractérisé le défaut des sensations voluptueuses pendant une phase quelconque ou la totalité du rapport chez un individu dont l'impulsion sexuelle peut être conservée.

3° L'anaphrodisie peut exister soit seule, soit associée aux autres troubles de l'acte sexuel, tels l'anérection ou l'éjaculation précoce.

4° L'anaphrodisie peut être totale ou partielle, congénitale ou acquise.

5° Les causes de l'anaphrodisie peuvent être :

- a) d'ordre psychique (préoccupations, émotions) ;
- b) d'ordre psycho-sensoriel (indifférence féminine);
- c) d'ordre local (lésions du gland, de l'urètre postérieur).

6° L'anaphrodisie peut être cause d'impuissance par les répercussions psychiques qu'elle engendre.

7° L'anaphrodisie est guérissable.

Vu : Le Doyen
TIFFENEAU.

Vu : Le Président de la Thèse
CHEVASSU.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- 1 HIGIER. — Les fonctions exuelles mâles et leurs troubles. Doin, 1932.
- 2 LAIGNEL-LAVASTINE. — *Anxiété, volupté et pneumogastrique*. Paris-Médical, 18 octobre 1924.
- 3 LAIGNEL-LAVASTINE. — Introduction à la sympathologie clinique. Monde Médical, 1er-15 juin 1937.
- 4 PALAZZOLI. — L'impuissance sexuelle chez l'homme. Un vol. Masson, 1935.
- 5 PALAZZOLI. — L'anaphrodisie chez l'homme. Gazette Médicale de France et des Pays de Langue Française, 15 janvier 1939.
- 6 PALAZZOLI. — Pathogénie de l'impuissance sexuelle d'origine émotive. Monde Médical, 1er octobre 1937.
- 7 STROMINGER. — Psycho-physiologie sexuelle. Doin 1938.

— TABLE DES MATIERES

	PAGES
I. Introduction	11
II. De la nature des sensations voluptueuses.....	14
III. Causes de l'anaphrodisie.....	23
IV. Formes cliniques.....	29
V. Evolution .	35
VI. Traitement:	36
Conclusions	43

Imprimerie spéciale de la Librairie L. RODSTEIN

